

不安神経症の行動療法*

福 井 康 之**

I はじめに

行動療法は不適応な行動を現代学習理論の図式にのっとって消去あるいは変容させることを目標にしている心理療法 (psychotherapy) の一つである。行動変容の方法としては、採用される学習理論の立場を反映して数多くの技法が提供されているが、特に Wolpe, J. (1958) が強力に開発した 系統的脱感度技法 (systematic desensitization) はわが国でも ポピュラーなものになってきた。

この技法はノイローゼ患者のうちでも、恐怖症に適用され著効を示し、多くの成功例が報告されている。(Rachman, S.1967)

この技法の基本的な原理は、特定の刺激によって条件づけられている不安を、不安と拮抗する反応によって制止させる手続きを漸進的に行なうことである。多くの場合、この不安を喚起する刺激は患者の身体の外部にあり、その刺激布置の状況が患者に不安をもたらすとされている。また、多くの場合この刺激は単一のものでなく、刺激の複合されたものであるので、それぞれの刺激に応じた不安階層表 (anxiety hierarchy) を用意することになる。

ところが、このような外的な状況によって喚起された不安が、漠然とした不安として意識されるだけでなく、身体の変化として意識され、身体特定の部位の異常感覚を引き起す。例えば頭痛や内臓諸器官の異常感である。この間違った知覚が患者をさらに大きな不安におとし入れることになる。この間違った身体的な異常感を身体病に原因を求め、それに執着している状態が心気症 (hypochondria) と考えられる。

また実際に度重なる不安反応が身体内における刺激となって身体的な疾病をうみだしてくる心身症や、異常な行動によって現実の困難な事態から逃避しようとするヒステリーとなった場合は、むしろこの漠然とした不安感を意識せずに精神的な苦悩に直面することを無意識に避けているといえる。

しかし、これらの誤まった身体の異常感覚により、身体病として治療を求めて内科医を訪れる多くの患者は、諸検査や診断によって身体的に異常がないと知らされ、「気のせいである」とか「精神的なものである」と簡単に片付けられてしまうことが多い。この場合執着性が強かったり、疑い深い性格の人は、医者之言を信用せず転々と医者を渡り歩いたりして、身体病としての確信を深めて妄想状になる患者もあるが、素直で、良心的な性格の患者は身体の異常感が精神的なものかも知れないと疑問をいだき、ますます不安感を高め、その不安が前景に出現し、身体的な異常感を意識した類似の状況に対する 予期不安が増大したり、心臓の動悸や頻脈、呼吸困難、振戦、冷汗などの自律神経症状を意識すればする程ますます不安が高まる。この様な場合を不安神経症と称しているようである (諏訪望, 1971)。特に異常感覚が心臓に集

* Behavior Therapy on Anxiety Neurosis

** 金沢大学保健管理センター講師 Yasuyuki FUKUI

中する場合、細野清士(1972)によると、心臓学者は心疾患を思わせる愁訴があって心臓にそれに相当する器質的な変化が認められないものを、神経循環衰弱症(neurocirculatory asthenia, NCA)と称しているが、これを心臓神経症と呼んだり、不安神経症と呼んだりしているのはノイローゼに対する観点の相違によるものと思われる。もっとも Freud,S. の言う不安神経症はこれらと概念が異なっている。

Furst, J.B. と Cooper, A. (1970) は雷雨 (thunderstorms) から派生している刺激に対して心臓発作 (heart attacks) を起す器質的に異常のない44才の家庭夫人を脱感度技法で治療したと報告している。この症例は数年前から雷雨に恐怖を感じていた夫人が治療を受ける2年前から、雷雨に関連した刺激である曇天や雨の日、嵐の予報だけでなく花火やジェット機や高速自動車 (hot-rod cars) の爆音にまで不安を示し、とうとう嵐の日の心悸亢進と呼吸困難による心臓発作で治療を受けるようになったものである。

赤木稔 (1971) は、不安反応、発作性心頻搏症、期外収縮 (心室性) の診断名を持つ43才の男子を、①友人の死の不安、②職場勤務の過重な負担、の不安階層表による系統的脱感度技法で治療した症例を報告している。

これら不安神経症の場合には身体の異常感覚が刺激となって不安を生ずるのであるが、この異常感覚と結合している外的な刺激布置 (状況) を不安刺激として脱感度技法を施行しても十分効果が得られるのではないと思われる。

本例は太陽灯による赤外線光線の身体部位への照射が心悸亢進の最初のきっかけとなった不安神経症の学生に対して系統的脱感度技法による行動療法が著効を示した症例の報告である。

II 症 例

昭和46年4月入学の理科系学部所属の男子学生で19才である。その年の1月に2年前に転んだとき痛めた肩が冬になると冷えて痛み出すので、M病院で物理療法を受け、5回程通院したが、太陽灯の赤外線光線を患部にあてたとき急に心臓の動悸を意識して、それ以来治療を中断してしまった。以前に骨折したとき物理療法を受けたのだが異常はなかったとのことである。その後、大学入学当初と夏休み前に心臓の動悸が激しくなり、保健管理センターの診療室で休養したことがある。夏休み後10月頃にそのため半日診察室で寝ていたことがあり、ちょっと運動すると動悸が激しくなるので、心臓が悪いのではないかと、診察室の看護婦に勧められて附属病院で診断を受けたが異常はなく、精神的なものだと言われた。(心電図参照)

その結果、診察室から回付されてその年の12月13日に相談室を訪れた。相談申込みのカードには「ときどきからだがおかしなぐあいになるのですが (具体的にはからだがだるくなったり、脈がはやくなったりする) 多少精神的なものがあると思うので」と本人が書いている。

姉2人 (既婚) と妹1人、本人のみ男子であるというきょうだいで、高校2年の春休みに親戚の家へ行ったとき、自分と妹は後妻 (現在の実母) の子で、姉とは異母きょうだいで知らされショックを受けた経験がある。幼時は大病を患ったことはないが、風邪をひき易く病弱であったと聞かされている。現在もどちらかという色白のやせ型の女性的なタイプであるが、素直な性格がうかがえる。近縁には心臓発作で死亡した人はいないが、母の姉妹2人に心臓の動悸が激しくて半年程通院して薬物療法を受けて快癒した人がある。母がリューマチで足を患っているが、父は健康である。本人の最大血圧は170くらいあったと述べている。ときどき、なんでもなくて顔がほてったりすることがあるが、教室で授業中指名されそうときはドキドキするが、指名され発言中はあがったり、手足が緊張で振えたりすることはない。

脱感度技法による指導計画をたて、毎週1回の面接を約束する。しかし年末年始の休みのた

め療法を開始するまで約1か月の空白があったので、本人は翌47年1月7日に精神科病院を受診し薬物療法を受けた。主治医は不安反応のみでなく強迫的な傾向も若干みられるので不安神経症、あるいは心臓神経症などの確定的な診断は避けて一般の神経症と診断したとのことである。薬物は Contol 0.1mg, Flumezin 0.05mg を基本として、当初は1日3服の投与であった。

Ⅲ 行 動 療 法

系統的脱感度技法による療法は、不安階層表の作成 (the construction of anxiety hierarchies) と、筋肉弛緩訓練 (training in deep muscle relaxation) を療法に先だって準備しなくてはならない。

①不安階層表の作成：療法の概要をクライアントに説明し、不安を感じたり、心臓の動悸を感じる事態(場面)をできるだけ個条書きにしてくるよう初回面接時に指示した。第2回面接時に持参した事項は下記のとおりであった。

太陽光線、急に自分の名前を呼ばれたとき、急に大きな音がしたとき、坂を登るとき、階段を昇るとき、急に立ちあがるとき、力を入れるとき、くしやみやせきをするとき、家を出るとき、学校に来る途中、授業中にあてられるとき、便所にいるとき、からだがあつくなったり、バスに乗ったとき、ショックを受けるようなことを聞いたとき、手術をしている場面を見るとき、体育のとき、体育の後の授業、外で食事をするとき、ゲップが出ないとき、はき気がするとき、からだのだるいとき、ふと淋しくなったとき、激しい運動をしないのに動悸がするとき、信号待ちのとき、びっくりしたとき、頭の気分のすぐれないとき、タバコの煙でむせるとき、新聞のニュースの中で心臓疾患が原因で人が死んだという記事を見たとき、からだが冷えたとき、いやなことを思いだしたとき、親戚の人が死んだとき、親・きょうだいが死んだとき、遠出をするとき、周りに人がいないとき、友だちと別れるとき、身体の変化が急に生じたとき。

これらの記述された場面から、その程度の大小を聞き、その場面に関連した事態を場面毎に程度の大きい方から小さい順序に整理して不安階層表をセラピストがクライアントに質問し確かめながら作成した。標準的なやり方では、クライアントにその作業をやらすのであるが、実際上はセラピストが、クライアントの記述したものを参考にして、場面毎に不安の程度を変化させた状況を勘案して、その程度を聞きながら構成する方が能率的である。療法に使用した不安階層表は表1から表6までである。項目の番号は実際に使用する順序に従って程度の弱い方から強い順序に並べてある。

赤外線の anxiety hierarchy

(表1)

-
- | | |
|----|-----------------------|
| 1 | 太陽光線という文字を憶い浮べる |
| 2 | 赤外線という文字を憶い浮べる |
| 3 | 太陽光線に照らされた椅子 |
| 4 | 自分の身体の一部が太陽光線に直射されている |
| 5 | 太陽の日射しに全身をさらす |
| 6 | 赤色のランプが身体の一部にあたっている |
| 7 | M病院のそばを通る |
| 8 | M病院の入口へ入る |
| 9 | M病院の待合室にいる |
| 10 | M病院の治療室へ入る |
| 11 | 医院で肩に赤外光線をあてている |
-

坂を登る anxiety hierarchy

(表2)

- 1 坂道が見えてくる (坂は宮守坂と指定)
- 2 これから坂を登ろうとする
- 3 坂を登りはじめる
- 4 坂の途中である
- 5 だんだん坂の上に近づく
- 6 坂を登りきる
- 7 登った坂の上で歩きはじめる

階段を昇る anxiety hierarchy

(表3)

- 1 これから階段を昇ろうとして教養部の玄関へ入る
- 2 階段の下へ来る
- 3 2階への階段を昇ろうとする
- 4 1階から2階へ昇る途中
- 5 2階まで階段を昇りきる
- 6 2階から3階へ昇る
- 7 3階から4階へ昇る
- 8 階段を昇りきる
- 9 4階の廊下を歩いている

車酔い防止の anxiety hierarchy

(表4)

- 1 自動車の文字を憶い浮べる
- 2 タクシーに乗ろうとして歩道で手を挙げ車を呼び止めようとする
- 3 タクシーが前に停る
- 4 タクシーの扉が開いて中へ乗り込む
- 5 車の中で坐っている
- 6 車の中で坐っているとガソリンの臭いがする
- 7 車が走り出す
- 8 走っている車の中に坐り身体が揺れる
- 9 走っている車の中に坐り車のスピードが早くなる
- 10 車が急にカーブして身体が浮く
- 11 走る車に乗り続ける (3分)
- 12 車から降りる

死について anxiety hierarchy

(表5)

- 1 手術している場面をみるとき
- 2 ショックを受けるようなことを聞いたとき
- 3 近所の人が心臓のショックで死んだと聞いたとき
- 4 新聞のニュースの中で心臓疾患が原因で人が死んだという記事を見たとき
- 5 親戚の人が死んだとき
- 6 親・きょうだいが死んだとき

- 1 きょうはあたる日だと思って教室へ入る
- 2 きょうはあたる日だと思って坐っている
- 3 順番がだんだん近づいてくる
- 4 順番がまわってきて次にあたる番になる
- 5 先生がだれかにあてようとして見廻している視線に合う
- 6 下調べしてなくて予期していないときあたる

②筋肉弛緩訓練：標準的な訓練は Wolpe によると Jacobson, E の progressive relaxation の技法を用いるのであるが、6 セッション必要になるので、週1回の面接ではおよそ1月半の時間を費すと療法の時間が制約されてくるので、催眠暗示による筋肉弛緩を筆者は常用している。

この方法は Weitzenhoffer, A.M. と Hilgard, E.R. の Stanford Hypnotic Susceptibility Scale の型式Aのインストラクションを援用したもので、凝視誘導法により脚、腕の脱力と重量感、温感の暗示を行ない全身に波及させるものである。

クライアントは、47年1月31日(第3回面接)にこの訓練を受けた。催眠法の説明の後、体位動揺のテストを実施したところ、感受性はかなり高いことが推測された。誘導時には脱力暗示ですでに閉眼し、重量感、温感、呼吸の暗示の後、数を算えて深め、催眠の程度を知るため、両手の下降、幻味(夏ミカンの味)と幻視(野原と花のイメージ)の暗示を行なったが、良好な成績であった。このクライアントの場合は催眠による筋肉弛緩暗示で次回から療法を開始するに十分であると判断した。

③系統的脱感度技法による療法：弛緩訓練で数を算えて深めるところまでは同じ手続きであり、筋肉弛緩に継続して不安階層表の低次の項目から順にイメージするようインストラクトする。

イメージは各項目約30秒を基準として同じ項目を2度くり返す。具体的にイメージできるよう不安階層表の場面は固有名のついた場所や人をイメージするよう配慮するのが原則である。イメージに先だって「もし心臓がドキドキしたり、不安なら、右手の人さし指を挙げて合図するよう」に指示し、その場合は直ちに中止して覚醒暗示を行なう。これは逆制止心理療法の原理から、不安が、不安と拮抗する反応(relaxation)より過剰になれば逆に場面に不安を強化することになるからである。覚醒後本人の感想を聞いた。

④治療経過：第4回面接から第11回まで計8セッションである。(表7参照)

系統的脱感度技法による治療過程

(表7)

日 付	不安階層表の進捗	療 法 上 の 留 意 点	クライアントの感想
2月7日	赤 外 線 1～6	6でのどをぐくりとしたのでそこで中止する。	身体の左半分に光線があたっていると感じた。
2月14日	赤 外 線 6～10	10で指をあげたので中止する。	治療室の横に赤外線装置が置いてあるのがみえるので不安になった。

2月21日	赤外線 6～11	前回不安が生じたので、もう一度くり返した。11で2度目のイメージで指をあげたので中止する。	11の2度目のイメージで肩が実際に熱くなってきて不安に感じた。最近ドキドキすることを心配しなくなった。人間だれでもあるのだと思う。
3月16日	坂道 1～7	赤外線11は不安の由来する根源の刺激なのでこれは避けた方が賢明と考えて他の階層表に移った方がよいと判断した。	宮守坂*は以前登れたが、今不安で登れないので低い坂から順に登って大学へ来る。最近、薬は1日3服規則的に服用せずにすませている。
3月23日	階段 1～9	具体的に教養部（4階建）の階段をイメージさせる。	8で少し足が疲れたがなんとか昇れた。
4月6日	車酔い 1～6	車に酔い易いというので特別に車酔い防止のための不安階層表を作り自信をもたせようとした。6で指をあげたので中止する。今回はイメージは10～15秒である。	ガソリンの臭いがとても困る。
4月10日	車酔い 4～12	11のみ3分間×2回のイメージである。	ガソリンの臭いで気持ち悪かったが我慢できた。スピードが早いことは苦にならない。実際に車に乗ったときは臭わないよう口で息をしていた。
4月17日	死 1～6 教室 1～3	死の階層表はセラピストの思いちがいで順序を逆にしてイメージさせてしまったが、スムーズに行った。教室の階層表は3で指があがり中止した。	死の階層表ではドキドキするよりいやな感じが先にたった。

11回以後、来室しなくなったので電話で自宅に連絡すると授業の時間割の都合で行けないと言っていると家族の話であり、一度来室するよう伝言したが、来室しなかった。

6月28日に夕方セラピストが自宅を訪問して、クライアントと面接して様子を聞くと、もうずいぶんよくなり、薬もほとんど服用しなくなったとのことなので治療は打ち切ることにしてテスト用紙を手渡し現在の気持ちで記入し、相談室へ持参するよう指示した。なおその時に心電図を診察室で撮ってもらうよう手配しておいた。

IV 療法前後のテスト結果

症状の程度を調べるためと、終結後同じテストを実施して治療効果を見るために、パースナリティテストを昭和46年12月19日の第2回面接時に記入して持参させた。療法後のテストの実施は昭和47年6月28日である。

①YGテスト：図1，2に示したとおり、療法前は情緒不安定で内向的なE型を示しているが、療法後はC型に変化している。

②CAS：図3，4のとおり療法前の総得点は粗点で36、標準点6なのでそれ程不安が高いといえないが、療法後は粗点22に不安が減じ、特にO（罪悪感）とQ₄（欲求不満による緊張

* 宮守坂は大学の構内に入るためには一番高く長い坂であり、高さ約12m、全長80m、勾配10：15である。

図1 療法前の Y G 検査結果

矢田部ギルフォード性格検査プロフィール

昭和46年12月19日実施

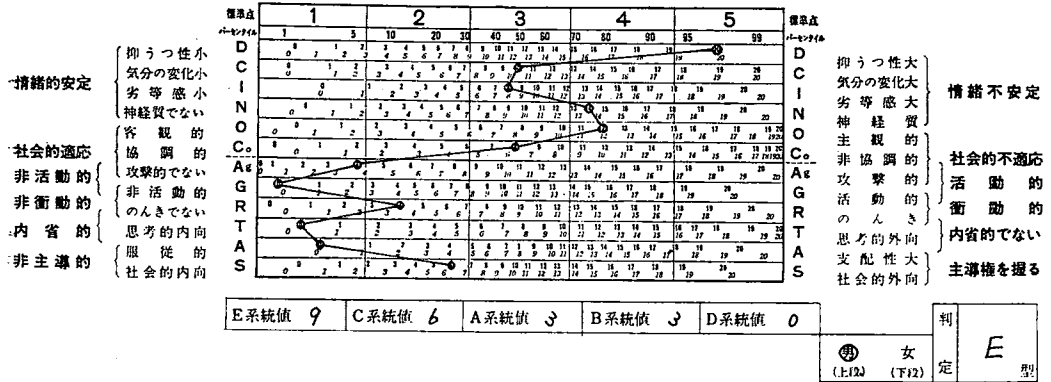


図2 療法後の Y G 検査結果

矢田部ギルフォード性格検査プロフィール

昭和47年6月28日実施

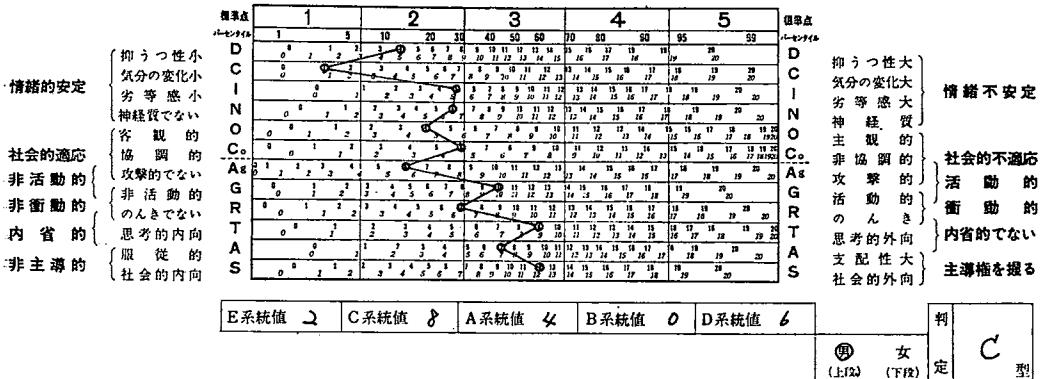


図3 療法前の C A S 検査結果

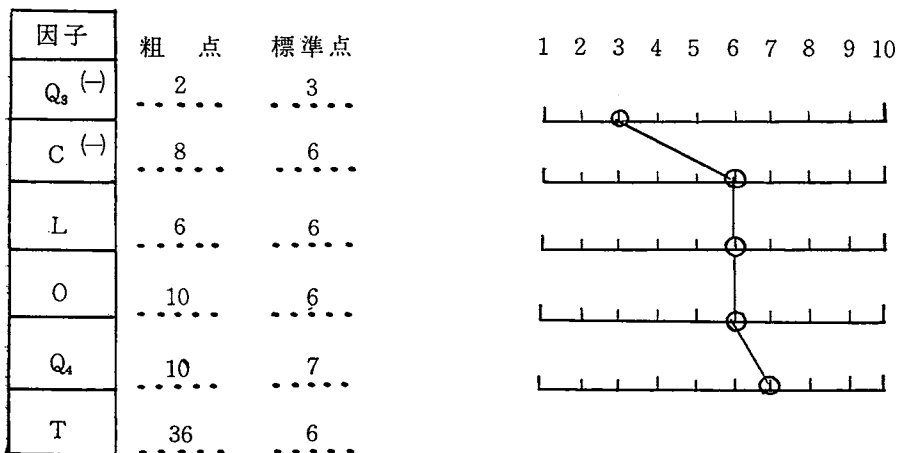
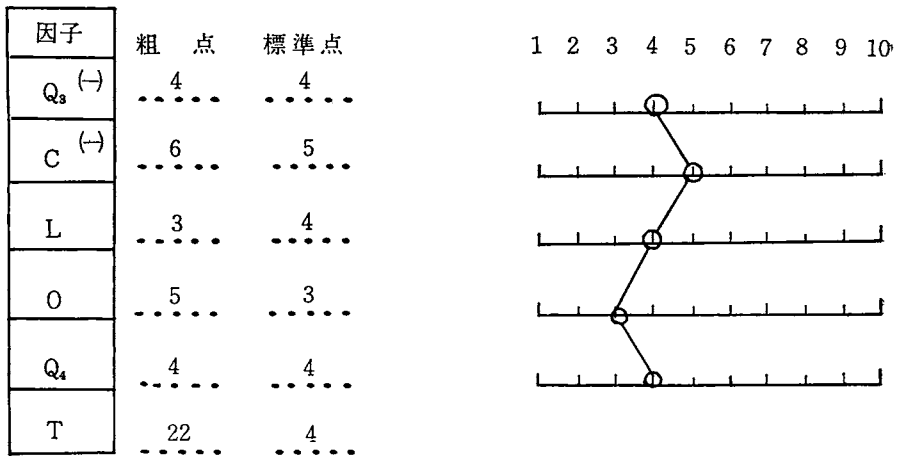


図4 療法後のCAS検査結果



または衝動による緊迫状態)の因子が大きく減じている。

③対人恐怖調査票：筆者が暫定的に作成して他に使用している調査票であるが、場面、視線、赤面への恐怖の項目が気にならない方の反応に療法後変化しているが、人前である傾向は当初からあり変化していない。特に療法後の反応では人前で言葉につまるということを意識し出している。

④ Willoughby Schedule：恐怖症の傾向を調べる5段階評定のテストであるが、これは療法前51から、療法後53とやや増加している。このテストは傾向が強いと最高100であり、日本ではまだ標準化されていない。

⑤MMP I：入学式の時点で新入学生全員に実施しているMMP Iの改訂版であるKMPの得点は、表8のとおりであり、T得点55以上を示す尺度はなく、全体のプロフィールからは臨床尺度ではHs, D, Pt, Maが他に比して高い。この結果からは積極的に問題のある学生とは判定されない。

療法後のテストは心電図をとった7月4日に記入提出したが、各尺度ともT得点50以上のものはなくなり、療法前高かったHs, D, Pt, Maの神経症、躁うつ傾向の尺度が若干減少しているのがうかがえる。

KMPテスト実施結果(T得点) 表8

尺度名	Q	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	臨床尺度高点順
療法前	47	60	47	54	52	52	41	31	39	51	38	44	48	1 2 7 0 9 3 6 8 4
療法後	47	60	40	65	43	48	43	42	48	49	46	39	49	7 0 2 6 8 1 3 4 9

⑥心電図：心臓疾患の異常性の有無を確かめるため、附属病院で専門医に診断してもらっているので、そのとき検査した心電図を附属病院の好意により拝借できたので参考に掲げておく。なお療法後改めて保健管理センターで念のため心電図をとったが、ともに異常は認められなかった。(図5, 6参照)

図5 心電図所見(46.10.4)

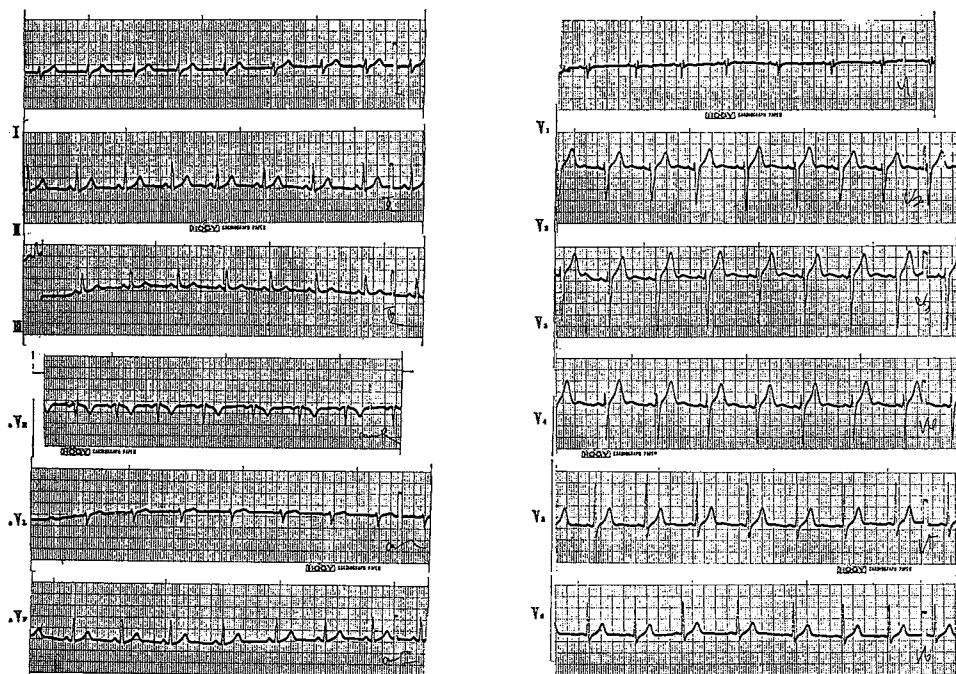
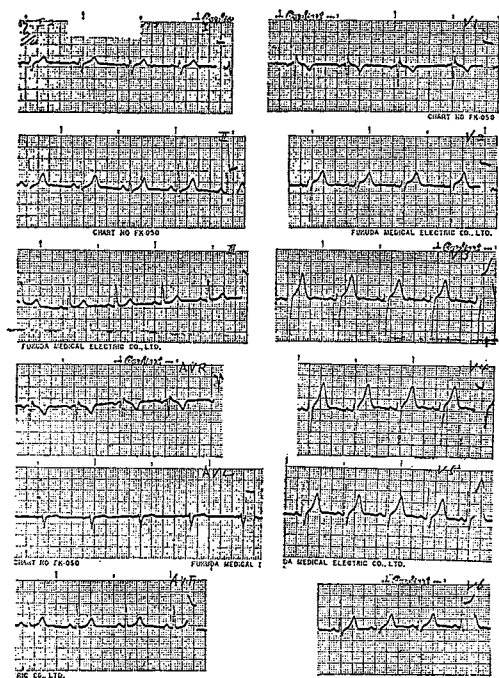


図6 心電図所見(47.7.4)



V 考 察 と 結 論

行動療法としてのセッションは8回であり約3箇月である。セラピストの計画よりも、少々早い時点であったが、クライアントの時間の都合で治療を受けるよりも授業に出席する方を優先させるという判断をするまで軽快して来室しなくなったので一応終結と考えている。

パースナリテイトテストの結果は治療効果を示しているが、特にYGテストの変化が著しい。篠田知璋(1972)は心臓神経症の治癒転帰の判定にYGの有効性を報告しているが、心臓神経症は対照群に比して、Bタイプ、Eタイプが多いとし、数回の面接療法と diazepam 6 mg/day の併用で2箇月半後、EタイプからAタイプに変化した症例を報告している。

また、不安神経症の素因として安永浩(1967)は、やせ型で体質的に神経質であり、パースナリテイトの共通点として、素直で良心的で、ひねくれやこり固まった性格のなくせが余りなく、温順でよき社会人、家庭人であることが多くパッシブな面があるとの観察を述べている。

本例においてもクライアントの性格に素直な面がうかがわれ、また催眠感受性も高く療法の指示にも抵抗を示さず受け入れたことが療法の成果を速めたと察せられる。特に場面に条件づけられた心悸亢進や予期不安の消去に焦点をあてて療法を実施したのであるが、不安神経症の場合は心身症などとともに交感神経系の機能の亢進による身体症状が基底にあると考えられるので、催眠が著しい効果をもたらしたとも考えられる。

またクライアントのパースナリテイトが素直なためラポートも高く、坂を登る不安階層表での脱感度のあと、「もう実際に宮守坂に登ってもなんともないでしょう」というセラピストの言葉で、9回目の面接時には今まで登ることを避けていた宮守坂を何回も登り、動悸がなかったことを報告している。また10回目の面接では、前回の車酔い防止の訓練をした後、タクシーに乗ったが気分が悪くならず自信ができたと報告している。これらからラポートのできている人の支持的な面接でもかなり効果をもたらすのではないかと察せられる。

治療後の精神科主治医の観察結果を伺ったが、ほとんど軽快したとの判断であり、来院当時よりも薬量も半減し、1日1回の服用になり6分の1の投与になっているとのことである。6、7月は月に1回来院して薬を受けとっただけで、万一の不安な時の用意に薬をもらっているという状態である。主治医は minor tranquilizer の投与が、治療効果をもたらしたとしているが、身体症状にまつわる不安が主軸になっている本例のようなノイローゼの治療には、系統的脱感度技法が有効であり、特に催眠による筋肉弛緩とイメージの暗示により具体的な日常場面での不安を消去して行く心理療法と minor tranquilizer 併用の療法が効果をもたらす典型例と考える。

Furst と Cooper は、外部刺激による不安階層表を作成して脱感度を行なったが、全治まで23セッション中の14セッション目で雷雨による不安階層表による脱感度中に、突然患者が胸の痛みを訴え治療が中断されるということが生じた。そこで最低項目「心臓の鼓動 (Heartbeat)」から最高項目「心臓発作 (Heart Attack)」という語のシリーズと最低項目「胸に痛みを感じる」から「心臓全体に苦痛がある」という最高項目に至る二系列の内部刺激による不安階層表を作成し、その使用によって治療を順調に進めたと報告している。

これは心臓発作の根源的な刺激によって直接脱感度するよりも、異常感覚を意識する心臓への意識を刺激とした不安階層表による脱感度が有効なことを示している。このことは不安神経症が外部刺激から来る身体内の異常感覚を刺激として二次的な不安をつくりあげていることを示唆し、この不安を先づ断ち切ることが先決であるという一つの方略を提供しているものと考察できる。

本例においても、不安階層表の作成にこのような配慮を行なった方が効果があったのかもしれないが、症状を意識しはじめた根源的な刺激と判断している「医院で肩に赤外光線をあてている」という不安階層表の項目に不安を示したので、その項目を中止して、くり返しやらなかったのは賢明であったと考えられる。

不安階層表の作成は系統的脱感度技法では重視されることではあるが、刺激と反応の分析はかなり困難な面があり、適確な不安階層表の作成は期し難い。また不安階層表の相違による治療効果は同様な症状での不安階層表の異同による比較研究をまたざるを得ないが、實際上、筆者は刺激－反応の分析が厳密にできなくても、およその仮説的分析にもとづいた不安階層表であっても十分治療効果があるものと考えている。

(心電図による診断は保健管理センター講師津川医師のお手をわずらわした。御指導を感謝いたします。また、参考例として報告を快諾してくれたY君に感謝するとともに、前途有望な同君の今後の発展を祈ります)

文 献

- 1 Wolpe, J. : Psychotherapy by Reciprocal Inhibition, Stanford Univ. Press 1958
- 2 Rachman, S. : Systematic desensitization *Psychol. Bull* 1967 **67** 93—103
- 3 諏訪望 : 最新精神医学, 南江堂, 1971, p291
- 4 細野清士 : 心臓神経症とその周辺, 春日豊和他編, 心臓病診療のポイント, 中外医学社, 1972, p167
- 5 Furst, J.B.& Cooper, A. : Combined use of imaginal and interoceptive stimuli, in desensitizing fear of heart attacks *J. Behav. Ther. & Exp. psychiat* 1970, **1**, 87—89
- 6 赤木稔 : 心身症の行動療法, 精神医, 1971, **11**, 90—92
- 7 篠田知璋 : 心臓神経症の発症因子の研究, 精神医, 1972, **12**, 164—169
- 8 安永浩 : 不安反応, 井村恒郎他編, 神経症, 医学書院, 1967, p149—150

金沢大学保健管理センター報告書 第3号

昭和47年8月発行

編集発行者 金沢大学保健管理センター

金沢市丸の内1番1号

(電 62-4281・内線289)
